

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

GONZALEZ PINEDA Francisco

né à Huetamo-Mich. Mexique, le 3 Juillet 1915

Les luxations traumatiques récentes de "l'épaule en haut"

Président: M. PIERRE DUVAL, *Professeur.*

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

GONZALEZ PINEDA Francisco

né à Huetamo-Mich. Mexique, le 3 Juillet 1915

Les luxations traumatiques récentes de "l'épaule en haut"

Président: M. PIERRE DUVAL, *Professeur.*

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI)

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-
	VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée.....	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Glovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	CLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE : Pathologie chirurgicale.
BARIETY : Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) : Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) : Hydrologie.
BONNET : Bactériologie.
BOULANGER : Chimie.
BOULIN : Pathologie médicale.
BROUET : Pathologie médicale.
BULLIARD : Histologie.
CACHERA : Pathologie médicale.
CORDIER : Anatomie.
COSTE : Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger) : Urologie.
DELARUE : Anatomie pathologique.
DELAY : Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) : Physique.
DESOILLE : Médecine légale.
DIGONNET : Obstétrique.
DOGNON : Physique.
FEVRE : Pathologie chirurgicale.
FUNK-BRENTANO : Pathologie chirurgicale.
GALLIARD : Parasitologie.
GARCIN : Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS : Anatomie pathologique.
GAYET : Physiologie.

MM.

DE GENNES : Pathologie médicale.
GIROUD : Histologie.
HAGUENAU : Pathologie médicale.
HALPHEN : Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON : Hygiène.
LACOMME : Obstétrique.
LANTUEJOUL : Obstétrique.
LAVIER : Parasitologie.
LELONG : Pathologie médicale.
LEMAIRE : Pathologie expérimentale.
LENEGRE : Pathologie médicale.
M^{lle} J. LEVY : Pharmacologie.
MARCHAL : Pathologie médicale.
MENEGAUX : Pathologie chirurgicale.
MOLLARET : Pathologie médicale.
MOUQUIN : Pathologie médicale.
PATEL : Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS : Pathologie chirurgicale.
RENARD : Ophtalmologie.
RICHET : Physiologie.
SENEQUE : Pathologie chirurgicale.
SICARD : Pathologie chirurgicale.
SOULIE : Pathologie médicale.
SUREAU : Obstétrique.
TURPIN : Pathologie médicale.
WILMOTH : Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE : Pathologie chirurgicale.
BUSQUET : Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT : Physiologie.
GUENIOT : Obstétrique.
HEITZ-BOYER : Pathologie chirurgicale.
cafe.

MM.

LARDENNOIS : Pathologie chirurgicale.
LE LORIER : Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE : Parasitologie.
VAUDESCAL : Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER .		de GAUDART	
DONZELOT ...		d'ALLAINES.	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET.	
HUGUENIN ...		MOURE	
LAROCHE (G.).		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE.			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AL. SAGRADO RECUERDO DE MI MADRE

A MI PADRE

en testimonio de gratitud.

A MI HERMANO

A MIS HERMANAS

A MI TIA MARIA DE JESUS G. VDA. DE DELATORRE

*Con su cariño, con sus sacrificios,
con su ayuda material y moral
todos han contribuido a la forma-
ción de mi espíritu y a la realiza-
ción de mis estudios profesionales.*

*La deuda que con ellos he con-
traído es infinita.*

*Al dedicarles este modesto tra-
bajo, sólo pretendo hacer constar,
en la limitation de mis posibilida-
des, la inmensidad de mi afección.*

A LOS MIOS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de chirurgie thérapeutique
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

ANDRÉ AMELINE

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre profonde reconnaissance pour nous avoir inspiré le
sujet de cette thèse ainsi que pour
l'enseignement dont nous avons
apprécié toujours la clarté.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR
FERNANDO VELEZ PAIZ

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Nous le remercions chaleureusement de sa généreuse amitié, ainsi que des précieux conseils qu'il nous a donnés pour la réalisation de cette thèse.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MIS MAESTROS DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y DE LOS HOSPITALES
DE MEXICO

INTRODUCTION

Dans les traumatismes de l'épaule, la luxation de la tête humérale « en haut » est une variété très rare mais certaine.

Son existence a passé par deux grandes étapes. La classique où tout se borne à des discussions cliniques. Certains auteurs invoquant pour l'admettre des lésions associées obligatoires; d'autres la niant tout simplement.

La moderne qui avec des moyens techniques nouveaux a permis de trancher ce débat.

La radiographie seule pouvait donner des arguments irréfutables. Aujourd'hui nous rapportons l'observation de notre maître le Professeur agrégé Ame-line avec une documentation iconographique complète, qui affirme d'une façon incontestable cette existence. Sur ce point cette observation est un document capital.

Par ailleurs, elle peut parfois poser des problèmes thérapeutiques délicats, ainsi que nous le verrons.

HISTORIQUE

Si on voulait remonter très loin, il semble que chez les très vieux auteurs on peut trouver de vagues descriptions de déplacements ressemblant beaucoup à notre tableau clinique.

Ainsi on pourrait évoquer certaines descriptions d'Hypocrate, Albucassis, Gallien. Plus près, Ambroise Paré semble avoir été plus précis. Mais tout cela est vague et ne peut se borner qu'au domaine du vraisemblable.

Incontestablement c'est Astley Cooper, le premier, qui plus récemment reparla de cette luxation à propos d'un cas observé sur le vivant et d'une dissection de Patey faite à l'Hôpital Saint-Thomas de Londres; il la décrivit comme une luxation incomplète de l'épaule en haut, la tête humérale restant au-dessus du ligament, et en partie sur la coracoïde.

S'appuyant sur ces faits, Laugier, en 1834, publia une observation intitulée « Luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut et en avant, derrière l'apophyse coracoïde », observation par ailleurs fort discutée, ainsi que celle de Soden, qui fut présentée comme une luxation de la longue portion du biceps, en 1841.

En 1848, Avrard (de La Rochelle) rapporta une observation que certains auteurs ont rattachée à une cause pathologique ou à une fracture. L'année suivante, Malgaigne décrivit un cas assez démonstratif, et qu'il appela « luxation sus-coracoïdienne ».

Bourget (d'Aix), en 1858, envoya à la Société de Chirurgie un travail avec trois observations; Morel-Lavallée, auteur du rapport sur ces cas, considérait qu'ils étaient très douteux et qu'on devait les considérer ou comme fractures, ou comme arthrites.

Dans la même séance, Chassaignac relata une observation personnelle d'un homme qui, tombant d'un troisième étage, présenta à l'examen un déplacement du moignon de l'épaule au-dessus du niveau de la clavicule, avec toutes les caractéristiques d'une luxation de l'épaule en haut.

Holmès publie, la même année, une observation très détaillée avec autopsie; il trouve cependant une fracture de la coracoïde compliquant la luxation.

En 1866, Benjamin Anger se livre à des expériences pour expliquer le mécanisme. Il constate que la tête se place sur l'apophyse coracoïde après avoir déchiré le muscle. Dans le traité de Follin et Duplay, on peut voir la reproduction d'une planche dessinée par lui.

Deux ans plus tard, Denonvilliers rapporte un cas à La Charité, que Panas reproduit dans son Dictionnaire, avec le résultat de ses expériences personnelles.

Busch, en 1876, a eu la possibilité d'observer une luxation en haut avec fracture, celle-ci se produisant par un mécanisme direct, tandis que la luxation était de cause indirecte.

Pellier, en 1878, dans une thèse de Paris, après avoir fait le recueil de toutes les observations déjà publiées, ajoute deux nouvelles, une de Verneuil, et l'autre de Le Dentu.

Et l'année suivante, Albert (d'Insbruck) trouva dans une autopsie une luxation double très ancienne et où l'intégrité de l'acromion et de l'apophyse coracoïde fut constatée.

Ce n'est que dix ans plus tard que Denuce (de Bordeaux) publia une nouvelle observation dans le *Journal Médical*. Fort complète et bien étudiée, elle reste un des meilleurs documents sur la question.

La pièce anatomique que présenta Tuffier à la Société Anatomique, en 1886, ne semble pas présenter d'intérêt, car il s'agit vraisemblablement d'un cas d'arthrite.

Tavernier et Chalier, en 1908, présentèrent à la Société des Sciences Médicales de Lyon, une pièce anatomique de luxation de l'épaule en haut, trouvée à l'amphithéâtre de dissection, riche de conclusions. Ils constatèrent l'intégrité du squelette osseux en même temps que la topographie des dégâts capsulaires; il existait une brèche capsulaire supérieure à travers laquelle la tête s'était déplacée.

Il existe ensuite un long silence dans la littérature médicale sur ce sujet, et ce n'est qu'en 1939 que MM. Ameline et Coldefy rapportent à l'Académie de Chirurgie de Paris une observation complète que nous reproduisons avec une grande documentation iconographique.

Nous avons eu l'occasion d'observer un autre cas dans le service de notre Maître le Docteur Ameline, à l'hôpital Marmottan. En dehors de ces deux faits nouveaux, dont le deuxième malheureusement incomplet, nous n'avons pu trouver d'autres cas ni en France, ni dans la littérature étrangère.

Des lésions associées ont été invoquées comme indispensables à son mécanisme. Déjà, Benjamin Bell disait, en 1796, en faisant des considérations anatomiques, que la tête humérale ne peut se luxer « supérieurement sans qu'il y ait en même temps fracture de l'acromion, de l'apophyse coracoïde ou même des deux ». Et Boyer, plus tard, s'exprimait dans des termes semblables.

Nélaton écrivait à propos d'une observation de Laugier : « Nous persistons à considérer comme physiquement impossible tout déplacement sus-glénodien de l'humérus » et proposait le nom de luxation par rotation; ensuite, se référant à une observation de Malgaigne, il dit : « La déchirure du deltoïde suffit amplement pour expliquer l'exagération du déplacement et avant d'admettre une nouvelle variété de luxation de l'épaule, il serait bon d'attendre de nouveaux faits. »

Sédillot, après avoir décrit les éléments anatomi-

ques qui empêcheraient cette luxation de se produire, affirme que : « L'acromion et la coracoïde, fussent-ils fracturés simultanément, comme j'en possède un exemple, la luxation trouverait encore un obstacle insurmontable, aussi n'a-t-elle jamais été observée. »

Nous avons trouvé des opinions semblables chez de nombreux auteurs, parmi lesquels: Fano, Richet, Vidal (de Cassis), Gosselin et Tillaux.

Elle a été décrite sous des noms différents; chaque auteur donnant une dénomination spéciale suivant ses idées pathogéniques.

C'est ainsi qu'on parle de luxation « sus-glénoïdé » ou « supra-glénoïdé », de luxation « vers le haut », de « sus-coracoïdienne », de « luxation incomplète vers le haut », et encore de « variété extracoracoïdienne de luxation antéro-interne ». Sans doute dans les observations rapportées, de légères différences de symptomatologie et du déplacement de la tête humérale existent, mais elles ne justifient pas cette variété de classification; il nous a semblé que l'appellation de « luxation de l'épaule en haut », ne préjugant pas des lésions anatomo-pathologiques, était celle qui convenait le mieux, et nous l'adopterons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la description des lésions, il existe deux sources de valeur inégale : les constations des anciens auteurs, à l'aide des autopsies rares, des pièces anatomiques découvertes du hasard. Puis, la période moderne où l'apparition de la radiographie apporte un substratum anatomique certain et incontestable, et affirme d'une façon formelle et l'existence de la variété et, en partie, son mécanisme.

Lésions osseuses. — Leur existence est des plus discutée. Certains y voient une nécessité absolue pour affirmer la luxation; sans la fracture de l'acromion et de la coracoïde, sans la suppression de la puissante voûte sus-humérale, ils nient toute possibilité de luxation de la tête vers le haut. Mais cette façon de voir est des plus discutable, car :

1° Normalement la luxation est possible sans faire appel à la suppression de la couverture acromio-coracoïdienne, car l'acromion « ne surplombe que la moitié postérieure en position normale ». Donc, il existe une possibilité matérielle de déplacements sans pour cela faire appel à une fracture obligatoire.

2° Cliniquement, ainsi que l'a montré l'observation de notre Maître, rapportée à l'Académie de Chirurgie, il existe une luxation authentique sans aucune lésion de l'appareil osseux.

Coracoïde. — Nous n'avons d'exemple que dans l'autopsie d'Holmès où la fracture de la coracoïde est rapportée et elle est intacte dans celles d'Albert et de Tavernier et Chalié.

Son déplacement n'est nullement indispensable à la production de la luxation. Pour certains, elle serait parfois une cause d'irréductibilité, mais cette opinion est très contestée. Il semble que le ligament acromio-coracoïdien y joue un rôle plus efficace dans le mécanisme.

Acromion. — La fracture n'a jamais été citée dans les différentes observations.

Capsule et ligaments. — La capsule se déchire le plus souvent en haut et en avant, ce qui semble normal, puisque c'est le seul espace libérable vers la partie supérieure. C'est une déchirure longitudinale, une brèche à travers laquelle la tête humérale s'échappe. Expérimentalement d'ailleurs, la simple

ouverture longitudinale en haut suffirait pour produire la luxation. Tavernier cite une observation où la déchirure se fait directement en haut, ce qui constitue une exception.

Le ligament acromio-coracoïdien semble jouer un rôle considérable suivant qu'il est intact, ou entamé. Il forme un véritable « ressaut » qu'il faut que la tête franchisse au cours de la poussée verticale. Il peut devenir un obstacle à la réduction. Dans le cas de Holmès, il était entamé, avec une apophyse coracoïde fracturée à la base.

Lésions musculo-tendineuses. — Les muscles sont en général intacts. Seuls peuvent être entamés les tendons péricapsulaires, particulièrement la longue portion du biceps, dont le rôle est important dans certaines observations, ainsi que nous le verrons au mécanisme. Le sous-scapulaire est souvent intact mais peut être cependant contus ou un peu déchiré à son bord supérieur.

Les autres muscles péri-capsulaires peuvent ne présenter aucune lésion. Cependant, Tavernier et Chalié écrivent dans leurs observations : « La déchirure de la capsule a passé entre les faisceaux fibreux du tendon du muscle sus-épineux. Il en résulte que ce tendon, en arrivant sur la tête, se bifurque : la majeure partie de ses fibres passent en arrière où elles forment, avec les débris de la capsule repliée sur elle-même, un ruban fibreux irrégulièrement plissé avec des points cartilagineux et ossifiés.

« Le reste du tendon passe en avant de la tête ou plutôt du col chirurgical, et se raccorde à son insertion humérale avec le faisceau postérieur; l'ensemble forme donc une espèce de sangle, une boucle à travers laquelle s'est énuclée la tête, et qui devait maintenir l'irréductibilité de la luxation. »

Dans certaines observations (Pellier, Busch, Holmès), il était même arraché, ainsi que le sous-épineux.

Des lésions nerveuses n'ont jamais été observées.

Etiologie, mécanisme. — Les causes sont généralement indirectes : c'est la chute sur la main, le bras en extension forcée, légère abduction et une rotation plus ou moins marquée.

Le plus souvent, c'est la chute ou l'impulsion sur le coude de bas en haut et d'arrière en avant : cas de Verneuil, Soden et de M. Ameline. Nous reproduisons ce qu'écrivait à ce sujet notre Maître M. Ameline :

« *Mécanisme.* — Dans notre observation (sujet couché sur le dos et donnant une forte impulsion sur le sol par son coude en abduction afin de dégager son corps), sous son apparence complexe, il est en réalité très simple, se ramenant à une poussée de l'humérus de bas en haut et d'arrière en avant contre la partie antéro-supérieure de la capsule. Cette position est en effet importante, car elle dégage la tête humérale de la pointe de l'acromion, qui ne surplombe que la moitié postérieure en position normale ;

il ne s'agit en rien de la poussée verticale vers le haut qui se produit par exemple chez un sujet en équilibre sur les barres parallèles : il faut une *poussée oblique en haut et en avant, nécessitant presque toujours un choc direct sur le coude déjeté en arrière.*

Cette forte impulsion de l'humérus de bas en haut et d'arrière en avant, associée le plus souvent à la rotation externe, se trouve dans presque tous les faits publiés. Dans le cas de Verneuil, chute à la renverse, *le coude portant sur le sol.* Dans le cas de Laugier, rotation complète du corps d'un côté avec, pour point d'appui, la main du côté opposé. Dans une autre observation, au cours d'une crise d'épilepsie, une jeune fille étend le bras en abduction, appuyant avec force la main contre une table. Dans l'observation de Soden, chute en arrière sur le coude. Dans un grand nombre de cas, chute sur le côté. A ce propos, il convient de citer la remarque de Panas : « Lorsque l'individu tombe sur le côté externe du bras, l'avant-bras est plus ou moins fléchi, et le coude *fait saillie en arrière.* La résistance porte alors sur la face externe du coude et pousse celui-ci du côté du dos, pendant que l'individu roule généralement en sens inverse, afin d'éviter que la tête porte à terre. » Que le sujet soit couché sur le dos (comme dans notre cas) ou qu'il tombe sur le côté, le mécanisme est le même, qui fait rompre la capsule en haut et en avant.

Les expériences cadavériques, bien entendu, ne manquent pas. Panas reproduit cette luxation de la manière suivante : « En imprimant à l'humérus une forte rotation en dehors, le coude maintenu près du

tronc, puis, rompant la capsule d'une forte impulsion de bas en haut et d'arrière en avant... »

La tête humérale vient ainsi se placer en dehors, puis au-dessus de la coracoïde. Pellier fit des recherches, la capsule étant mise à nu, ce qui lui permit de vérifier que la tête qui, normalement, dépasse déjà le rebord glénoïdien, devient plus saillante à mesure qu'on exagère la rotation externe, *lorsqu'on pousse le coude en arrière*. Procédant ainsi sans déployer de force excessive, il lui suffit de pratiquer une petite incision à la partie antéro-supérieure de la capsule pour reproduire une luxation sus-coracoïdienne typique.

Pour un certain nombre d'auteurs, cette luxation ne serait pas possible sans fracture de la coracoïde. Busch, en particulier, expérimentant sur le cadavre, dut sectionner le sous-scapulaire, et d'un coup de ciseaux faire sauter « la pointe » de la coracoïde. Après quoi la tête monte se placer au-devant du ligament acromio-coracoïdien. Mais cette fracture de la coracoïde n'est pas indispensable pour tous les auteurs : si elle existe dans l'autopsie de Holmès, elle manque dans celle d'Albert, et dans les observations de Malgaigne, Verneuil, Le Dentu, etc. Dans notre cas, la radiographie vérifie l'absence de fracture.

Le glissement, directement en haut, de la tête humérale, étant rendu impossible par l'acromion, il ne peut se produire qu'en haut et en avant. Dans ces conditions, la tête :

Ou bien franchit d'un ressaut le ligament acromio-coracoïdien, comme dans le cas de Malgaigne,

Ou bien le déchire plus ou moins, se coinçant entre l'acromion en dehors et la coracoïde en dedans.

Ou bien encore fracture sur son passage la coracoïde (peut-être lorsqu'elle est excessivement développée).

La tête, appuyée sur un ligament acromio-coracoïdien, plus ou moins entamée, est en position :

Partiellement sus-glénoïdienne,

Sus- et extra-coracoïdienne,

Inter-acromio-coracoïdienne.

Par quel effet reste-t-elle maintenue? Contrairement à Morel-Lavallée, qui pense que la contracture tend à la ramener en place, la majorité des auteurs croient à l'existence de facteurs musculaires et ostéoligamenteux comme obstacles réels à la réduction.

1° *Le muscle sous-scapulaire* et les trois muscles de la coulisse bicipitale (grand dorsal, grand rond, grand pectoral), fortement enroulés autour du col chirurgical, forment une sorte de cravate sous la saillie de la tête. Et, en effet, les muscles lésés ou déchirés sont avant tout le sous-scapulaire, au niveau de son bord supérieur : quelquefois, les muscles qui s'insèrent sur la coracoïde; enfin, le bord antérieur du deltoïde. Holmès vit le tendon du biceps luxé en arrière et entamé.

2° *Le ligament acromio-coracoïdien* joue un rôle important. C'est sur son côté externe que se fait l'ascension de la tête. Plus souple que les deux saillies qu'il réunit, oblique en haut, en dehors et en arrière, il guide en quelque sorte l'ascension de la tête. Dans

le cas de Malgaigne, sa conservation semblait un obstacle tel à la réduction qu'il avait eu spontanément l'idée de le sectionner lorsque la luxation se réduisit d'un ressaut. On conçoit fort bien des luxations moins complètes où la tête reste à la hauteur d'un ligament acromio-coracoïdien plus ou moins entamé.

3° Nos photographies (fig. 1, 2 et 3) *montrent la contracture musculaire très intense* portant sur les éleveurs de l'épaule, et surtout sur les faisceaux supérieur et moyen du trapèze dont Duchenne de Boulogne dit qu'il n'en connaît point de plus excitable. Etendue à tous les muscles de la ceinture scapulaire, douze jours après réduction et immobilisation absolue, elle relevait encore le moignon de l'épaule à tout essai de mobilisation spontanée du bras. *Il fallut pendre à l'extrémité inférieure de l'humérus une extension continue de 2 kilogrammes pour la vaincre.* Nous avons, centimètre par centimètre, si l'on peut dire, suivi le retour en place de cette tête luxée vers le haut, et cette influence de la contracture sur une articulation à capsule lâche fait penser à la possibilité de ce que Astley Cooper appelait « les luxations incomplètes ».

RESUME DES OBSERVATIONS

1° Observation de M. le Professeur agrégé Ameline et de M. Coldefy :

B... (Pierre), trente ans, a été accidenté le 29 décembre 1934, dans d'assez curieuses circonstances. Couché sur le dos pour examiner l'arbre de la roue arrière droite d'une automobile, les pieds placés vers l'avant de la voiture, il vit tout à coup le cric glisser. Pour tenter de soutenir l'arbre, il porte alors le bras gauche en abduction, rotation externe, main en supination; et il semble qu'à cet instant, pendant peut-être quelques secondes, il supporte une partie du poids de la voiture avec son seul bras gauche tendu. Puis, sentant une douleur et un « claquement » au niveau du pouce, il touche le sol du coude et appuie brusquement de ce coude sur le sol, afin de faire rouler son corps entier

sur le côté droit et éviter ainsi l'écrasement par la voiture.



Fig. 1

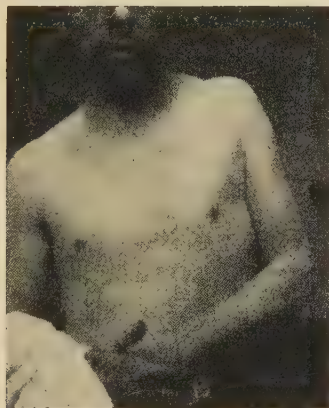


Fig. 2

C'est dans cette brusque impulsion du coude repoussant le corps de sous la voiture qu'il sent une vive douleur dans l'épaule gauche. Il se relève avec une luxation métacarpo-phalangienne du pouce gauche et une importante déformation de l'épaule gauche.

Après de vains essais de réduction par deux médecins, le blessé est amené à l'hôpital Beaujon où l'aspect inusité de la déformation nous frappe aussitôt.

Il existe une saillie arrondie à la partie antérieure du moignon de l'épaule qui semble remonter au niveau du tiers inférieur du cou. La clavicule est oblique en haut, en dehors et en arrière. La largeur de l'épaule



Fig, 3

est diminuée par rapport à l'autre côté : la tête est inclinée du côté luxé; on note une encoche nette au niveau de l'insertion acromiale du trapèze.

De profil, l'épaule a augmenté son diamètre antéro-postérieur; il existe un contraste entre l'affaiblissement de la moitié postérieure du deltoïde, et au contraire la tension de sa partie antérieure.

De dos, l'épaule est remontée en masse; les muscles postérieurs de l'épaule sont nettement contractés et dessinés chez ce sujet robuste, à l'exclusion du deltoïde. Il y a incurvation rachidienne considérable.

Le bras est serré le long du corps, en légère rotation externe. Il semble non pas raccorci, mais remonté en masse.



Fig, 4

La palpation montre la glène vide, et en avant de l'extrémité externe de la clavicule, dépassant en hauteur l'interligne acromio-claviculaire, la masse dure et arrondie de la tête humérale, suivant les mouvements de rotation imprimés au bras.

Impotence absolue; seuls, quelques mouvements d'anté- et rétropulsion sont possibles, et encore la

rétropulsion est-elle douloureuse. Première radiographie, avant toute réduction (fig. 4). Intégrité du squelette, aucune lésion de la coracoïde ni du col de l'omoplate. La tête humérale a accompli une ascension verticale telle que la partie inféro-externe du col anatomique répond au quart supérieur de la cavité glénoïde. D'autre part, cette poussée vers le haut, ou la contracture qu'elle entraîne, fixe une élévation permanente et associée de la voûte acromio-claviculaire, avec redressement du bord axillaire de l'omoplate.

Traitement. — Anesthésie générale. Tractions dans l'axe de l'humérus, cherchant à faire refaire à la tête un trajet en sens inverse de celui qu'elle vient d'accomplir. Abaissement facile, faisant disparaître la déformation, mais contention difficile : la tête tend à remonter et à faire saillie en haut et en avant. Pour appliquer un bandage, on doit laisser une main fortement appuyée à la partie antéro-supérieure du moignon de l'épaule.

Le lendemain 30 décembre, on enlève cette écharpe pour la radiographie de contrôle. La luxation se reproduit instantanément. Le 31, nouvelle réduction facile. Contention par bandage très serré, prenant épaule et tronc, avec un tampon appuyant à la partie antéro-supérieure de l'épaule. La radiographie avec l'appareil est satisfaisante. Après douze jours d'immobilisation, ablation de l'appareil. La contracture du trapèze persiste en partie et le malade redoute une nouvelle récurrence. On pratique alors une deuxième radiographie (fig. 5). L'ascension de l'appareil acro-



Fig. 5

mio-claviculaire a disparu. L'ascension de la tête dans la glène, dans le sens vertical, a nettement diminué. Nous avons l'occasion de soumettre ce cliché à M. Mouchet qui remarque cependant qu'elle n'est pas assez descendue pour être considérée comme à sa place.



Fig. 6

On évite donc toute mobilisation, et, mieux, on adapte au coude une extension continue (2 kilogrammes) tirant dans l'axe de l'humérus. Après six jours d'extension continue, gros progrès. Plus de contracture résiduelle; mobilisation et massages légers. Le malade sort guéri le 10 février avec une troisième radiographie (fig. 6). Très satisfaisante. Descente

complète de la tête. Le bord inférieur du col anatomique est au contact du bord inférieur de la glène.

2° Observation prise à l'Hôpital Marmottan :

Cette observation n'est malheureusement pas complète.



Fig. 7

Il s'agit d'un traumatisé en état d'ébriété, indocile, qui s'est présenté dans le service de notre Maître, le docteur Ameline, à l'Hôpital Marmottan. On constate immédiatement un traumatisme de l'épaule, d'allure anormale, avec une déformation haute du moignon de l'épaule, ce qui avait frappé l'externe du service. Il ne porta pas cependant de diagnostic clinique précis, sinon la difficulté à la classer dans un cadre nosologique connu. Une radio fut pratiquée immédiatement, qui montra les lésions qu'on voit dans le cliché (fig. N° 7). Malheureusement, le blessé refusa tout soin et il partit immédiatement.

Observations trouvées dans la littérature médicale et que nous reproduisons.

Observations résumées :

Denuce. — *Une petite fille de 7 ans fait une chute sur l'épaule gauche; cinq jours après le traumatisme, elle est examinée.*

Avant-bras relevé et légèrement porté en dehors; coude en avant et en dedans, mouvements douloureux.

Il constate une grande saillie en haut, à la partie antéro-externe de la région deltoïde, formée par la tête de l'humérus qui dépasse d'un demi-centimètre le niveau de l'acromion et l'apophyse coracoïde; le moignon de l'épaule est élargi dans le diamètre vertical et antéro-postérieur.

En enfonçant les doigts au-dessous de l'acromion et par le creux de l'aisselle, la cavité glénoïde est

atteinte et paraît vide; raccourcissement d'un demi-centimètre pour l'épaule gauche.

L'examen du tiers extérieur de la clavicule et de l'acromion montrent qu'il n'y a pas de fracture, non plus celui de l'apophyse coracoïde.

Mouvements actifs impossibles, passifs limités. L'examen attentif de la fracture du col anatomique ou chirurgical s'avère aussi négatif; par les caractères de la lésion et par l'élimination de toutes les fractures de la région, il fait le diagnostic d'une luxation scapulo-humérale en haut, sus-glénoïdée.

Pour le traitement, les tractions verticales ne réussissent pas, ni la rotation forcée en dedans (procédé d'Albert) ; au moment où le malade se réveille du chloroforme, la luxation se réduit presque spontanément par un mouvement d'élévation du coude, l'avant-bras étant maintenu en bas, ce qui donne de la rotation en dedans. Il soutient le bras par un bandage et l'avant-bras dans une écharpe; trois semaines après, la malade avait recouvré l'usage de son bras.

Verneuil et Pellier. — *Un homme âgé de 70 ans tombe d'une échelle, à la renverse, d'une hauteur de deux mètres. Il se relève avec une forte douleur à l'épaule droite et explique que le poids du corps porta sur le bras droit fléchi et probablement sur le coude; il y a gonflement de l'épaule.*

La luxation réduite par un médecin se reproduit deux jours après; quinze jours après, nouvelle tentative de réduction infructueuse; à ce moment, Pellier

constate que l'épaule est déformée, le diamètre antéro-postérieur augmenté de 2 cm. et demi, le bras sur le thorax, l'avant-bras en flexion sur l'abdomen, pas de rotation en dehors.

Moignon de l'épaule aplati en arrière avec dépression deltoïdienne; au-dessous de l'acromion aisément palpable, il enfonce les doigts jusqu'à la cavité glénoïde; en haut, la tête est au niveau de l'acromion et en avant, elle fait saillie sous la peau; en avant aussi, le tendon de la longue portion du biceps roule sous les doigts; pas de crépitation, ni mouvement anormal, ni douleur au niveau de ces os; léger raccourcissement.

Mouvements actifs et passifs très limités.

Verneuil chloroforme et réduit par élévation du bras et mouvements de bascule; un bandage fixe le bras; mais le lendemain, la luxation se reproduit; trois jours après nouvelle réduction, la place qu'a occupé la tête, flacide, fait penser à Verneuil à une déchirure sous-scapulaire et du deltoïde; l'intégrité des portions postérieures tend sous ses yeux à faire remonter la tête en haut et en avant, mais le bras, fortement ramené sur la poitrine et la main vers l'épaule gauche, est maintenu à l'aide d'un appareil silicaté. Guérison.

Le Dentu et Pellier. — Homme âgé de 39 ans; est examiné le même jour qu'il est tombé, l'épaule gauche chargée, sur la cage d'une scie en mouvement haute de 90 cm. Pellier constata une plaie à la tête

humérale et une fracture des 8^e et 9^e côtes et, en plus, une fracture de l'omoplate, le trait de fracture transversale un peu au-dessus de l'angle inférieur.

Avant-bras fléchi sur le corps et bras un peu séparé du tronc; comparé avec le côté sain, l'axe de l'humérus était de haut en bas et d'avant en arrière; un gonflement modéré; le diamètre antéro-postérieur augmente légèrement.

La tête humérale fait saillie en avant manifestement; pas de signes de fracture ou de lésions nerveuses; léger raccourcissement, mouvements spontanés et passifs possibles, mais très limités; cinq jours après réduction par tractions verticales et par des bandes élastiques, la luxation ne se reproduit pas. Guérison complète.

Laugier. — Un garçon de 16 ans, le bras gauche étendu et fixe sur une mécanique, le poids du corps sur les bras et les pieds loin du point d'appui, tourne subitement le corps d'avant en arrière et de gauche à droite, sur l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, le bras étant toujours fixé et étendu; le poids du corps ne porta sur la tête de l'humérus que dans cette position, répondant à la partie supérieure et interne de la cavité glénoïdée et de la capsule articulaire; aucune chute. Laugier crut qu'il s'agissait d'une entorse, mais, douze jours après, le gonflement ayant disparu, il reconnut un déplacement de l'humérus avec raccourcissement de 5 à 6 lignes.

La tête faisait saillie en dedans et en haut au niveau de l'apophyse coracoïde, derrière l'extrémité

de laquelle elle était appuyée, l'axe du bras étant incliné en dedans et en haut et un peu en rotation externe; la tubérosité interne faisait saillie en avant, les mouvements étaient faciles, sauf l'élévation du bras où l'on voyait la tête de l'humérus buter contre l'apophyse coracoïde et soulever avec peine et comme d'une seule pièce la clavicule et l'omoplate. Il n'y a pas eu de réduction.

Malgaigne. — Une homme de 68 ans est lancé à une grande distance d'une voiture qui verse, et tombe sur le moignon de l'épaule, le bras serré contre le tronc; aussitôt, vive douleur et impotence du membre; un rebouteux, à deux reprises, essaya de réduire la luxation, mais échoua; au bout de deux mois, le blessé se présenta à la consultation de Malgaigne où celui-ci constata que la tête était luxée en avant et en haut, par-dessus le ligament acromi-coracoïdien, se recourbant en dedans, l'apophyse coracoïde confinant en haut avec la face inférieure de la clavicule, soulevant tellement le deltoïde qu'une épingle enfoncée sur la partie la plus saillante ne donna, pour les chairs, que 8 millimètres d'épaisseur, et en dedans, elle avait écarté le grand pectoral et le deltoïde au point de se trouver à 6 millimètres de la surface cutanée; il y avait un demi-centimètres de raccourcissement.

Toutes les manœuvres de réduction échouèrent et, pensant que la difficulté venait du ligament acromi-coracoïdien, il eut pendant un moment l'idée de le sectionner.

Chassaignac. — *C'était un homme qui était tombé d'un troisième étage; la tête humérale faisait saillie en dehors et débordait au-dessus de la voûte acromio-coracoïdienne. Le bras était en direction horizontale; le moignon s'élevait au-dessus de la clavicule; elle pouvait être réduite par élévation, mais se reproduisait quand le bras était abaissé.*

Holmès. — *Homme âgé de 50 ans, tombé d'une hauteur de 30 pieds; en plus d'autres lésions dans le corps, il présentait une forte proéminence osseuse en avant et en dehors de la clavicule qui semblait être la tête humérale; en remuant, il y avait des crépitations; le bras semblait raccourci et le coude éloigné du corps; les efforts de réduction échouèrent. On a soupçonné une fracture de la coracoïde.*

Huit jours après, autopsie.

La tête humérale apparaît sous la peau; elle avait fracturé l'apophyse coracoïde, entraînant une petite portion du ligament acromio-coracoïdien; l'acromion était normal et la cavité glénoïdée « tout à fait au-dessous du niveau de la tête de l'os déplacé; le tendon de la longue portion du biceps en dessous et en dehors de la tête et légèrement endommagé ».

La tête reposait sur le tronçon de l'apophyse coracoïde; l'humérus légèrement tourné en dedans sur son axe; le sous-scapulaire était intact, les muscles de la grande tubérosité, au contraire, très entamés, à l'exception du petit rond.

La capsule était déchirée à sa partie supérieure et interne.

Busch. — *Un homme, en saisissant le mors d'un cheval qui se cabre, reçoit un coup dans l'épaule avec le sabot ferré du cheval. Il se présente 5 mois plus tard. La tête faisait une saillie notable en haut et en avant, dans la concavité du muscle deltoïde, mais très peu déplacée en dedans.*

Le bras pend simplement le long du corps; en regardant de profil, on voit un aplatissement du deltoïde dans la partie postérieure, pas très accentué.

Inertie du bras; il ne remue que l'avant-bras. Les efforts de réduction demeurent infructueux. C'est dans une manœuvre de rotation en dehors que Busch s'aperçut que la coracoïde devait être fracturée car, à sa place, il n'y avait aucune résistance.

Tavernier et Chalier (observation complète).

MM. Tavernier et Chalier présentent à la Société une pièce rare de luxation de l'épaule en haut, qu'ils ont recueillie à l'amphithéâtre d'anatomie de la Faculté, sur le cadavre d'un homme paraissant assez âgé.

Les lésions observées sont les suivantes : la tête humérale est directement au-dessus de la cavité glénoïde, coincée entre le bord supérieur de cette cavité, le coracoïde et l'acromion. Chacune de ces saillies osseuses est intacte et ne présente aucune trace de fracture ancienne.

Le déplacement de la tête humérale entraîne du côté des muscles les désordres suivants : le tendon de la longue portion du biceps, au lieu de passer au-des-

sus de la tête, se glisse en avant de façon à croiser en écharpe le col anatomique; il passe au-devant du tendon d'insertion du sous-scapulaire. Ce muscle ne présente d'ailleurs aucune altération.

La déchirure de la capsule s'est faite uniquement à sa partie supérieure, et a passé entre les faisceaux fibreux du tendon du muscle sus-épineux. Il en résulte que ce tendon, en arrivant sur la tête, se bifurque : la majeure partie de ses fibres passe en arrière où elles forment, avec les débris de la capsule repliée sur elle-même, un ruban fibreux, irrégulièrement plissé, avec des points cartilagineux et ossifiés. Le reste du tendon passe en avant de la tête, ou plutôt du col chirurgical, et se raccorde à son insertion humérale avec le faisceau postérieur. L'ensemble forme donc une espèce de sangle, une boucle à travers laquelle s'est énuclée la tête, et qui devait de maintenir l'irréductibilité de la luxation.

La partie supérieure de la tête est recouverte par le ligament acromio-coracoïdien intact, et par le deltoïde qui s'est aminci, est devenu fibreux, et dont la face, en rapport avec la tête, a pris l'aspect d'une sinoviale.

La tête elle-même a fortement augmenté de volume; son centre est lisse, mais les bords sont irréguliers, tomenteux, présentant en un mot des lésions d'arthrite, sans qu'il semble y avoir trace de fracture.

Du côté de l'omoplate, la cavité glénoïde est normale et encore en contact par sa partie supérieure avec la tête humérale. La face inférieure de l'acromion et de la partie externe de la clavicule, devenue

articulaire, est recouverte d'un revêtement blanc nacré qui paraît cartilagineux.

Il s'agit donc évidemment d'une luxation traumatique de l'épaule, directement en haut. La déchirure capsulaire et les déplacements des tendons en font foi, et éliminent la possibilité d'une luxation pathologique à laquelle pourraient faire songer les lésions d'arthrite chronique.

Il existe par ailleurs des observations de Soden, Bourget (d'Aix), Avrard (de la Rochelle), que nous ne faisons que citer à cause de son étiologie douteuse.

ETUDE CLINIQUE

D'emblée l'attitude évoque le traumatisme du membre supérieur sans pouvoir préciser de quel segment. C'est l'attitude classique de Dessaut : bras fléchi à angle droit soutenu par le côté opposé, mouvement fait avec beaucoup de précautions.

On retrouve dans les observations l'attitude du bras accolé sur le tronc; quelquefois en légère rotation externe, le coude en avant.

L'inspection montre en plus la tête penchée sur l'épaule traumatisée à cause de la forte contracture des muscles de la ceinture scapulaire, et la saillie anormale du moignon de l'épaule.

De profil, le diamètre antéro-postérieur de l'épaule est réellement augmenté, épaissi, présentant un véritable « contraste entre la moitié postérieure du deltoïde déprimé et au contraire la tension de sa partie antérieure ».

L'épaule malade est beaucoup plus élevée que le côté sain. Le bras blessé semble « vraiment remonté en masse ».

La palpation est douloureuse quand le traumatisme est récent; l'épaule peut être gonflée, avec une hémarthrose, ce qui est exceptionnel. La douleur localisée et les crépitations osseuses ne sont jamais perçues, puisqu'il n'y a pas de fracture, sauf quand il y a des lésions associées, particulièrement de la coracoïde, ce qui est tout à fait exceptionnel.

Les mouvements actifs sont généralement impossibles ou extrêmement limités. L'impotence fonctionnelle est absolue. « Seuls, quelques mouvements d'ante- et rétropulsion sont possibles et encore la rétropulsion est-elle douloureuse. »

Les mouvements passifs sont très douloureux et très limités. Parfois, dans les luxations anciennes, ils peuvent être possibles sans atteindre jamais une grande amplitude.

A l'examen complet on n'a jamais signalé d'autres lésions : aucune lésion nerveuse ni vasculaire, seules les fractures, que nous avons fait remarquer.

En résumé, de l'examen clinique on ne peut tirer aucun élément de certitude. Deux cependant peuvent être caractéristiques sans pour cela être pathognomoniques : l'élévation « en masse » de tout le bras, sans véritable raccourcissement, et l'épaississement du moignon de l'épaule, avec grosse saillie supérieure et antérieure. Mais, le diagnostic peut être moins difficile quand on procède par élimination. Les éléments anormaux, inusités, évoquent un diagnostic inhabi-

tuel. C'est une épaule anormale qui ne ressemble, cliniquement, à aucune variété classique de luxation de l'épaule antéro-interne. Ce n'est certainement pas une fracture du col de l'omoplate, où il existe un pseudo vide glénoïdien, avec une déformation de luxation antéro-interne; ni une fracture de la tête humérale, du col anatomique ou chirurgical par l'absence de signes cliniques, crépitation, ecchymose, raccourcissement, etc. Et, devant l'incertitude de poser un diagnostic courant, un cliché radiographique, complètement indispensable de tout examen clinique, doit lever les doutes et affirmer la lésion. A la radio, on voit : 1° l'intégrité du squelette; 2° la tête humérale qui a accompli une ascension verticale telle que la partie inféro-interne du col anatomique, répond au quart supérieur de la cavité glénoïde.

Evolution. — Elle ne semble pas différente des autres évolutions des traumatismes de l'épaule. La luxation bien réduite, l'évolution reste fonction de la date de la réduction et de l'âge du blessé. Un sujet jeune conservera peu de sequelles et retrouvera le jeu normal très rapidement. Un sujet âgé, malgré une réduction anatomique parfaite, peut garder une certaine limitation, car la périarthrite traumatique fait rapidement son apparition après les dégâts capsulaires et périarticulaires. Dans ce cas-là on sera toujours réservé quant aux pronostics.

DIAGNOSTIC

C'est par l'examen méthodique, minutieux et comparatif qu'on pourra établir les éléments anormaux susceptibles d'évoquer le diagnostic.

Malade nu jusqu'à la ceinture, les deux mains posées symétriquement de chaque côté, en comparant avec le côté sain. Ainsi on mettra en relief, par une comparaison rigoureuse, les moindres différences.

On appréciera les déformations. On cherchera les reliefs classiques, on mesurera au besoin pour apprécier le raccourcissement, on cherchera un vide glénoïdien correctement « au bord externe » de l'acromion et non pas au bord postérieur. Ainsi après un examen minutieux on constatera beaucoup d'éléments négatifs : pas de vide glénoïdien habituel, pas de crépitation ou d'ecchymose, ni de raccourcissement, ce qui permettra de classer ce traumatisme dans les variétés d'exception.

Alors on recherchera le « vide glénoïdien inhabituel dans la région de l'aisselle ». On appréciera la déformation en haut et en avant et l'ascension en masse sans raccourcissement du bras blessé. C'est en procédant ainsi qu'on peut arriver d'ailleurs exceptionnellement à poser un diagnostic clinique.

Dans les observations, certains auteurs ont posé comme élément particulier de ce diagnostic :

1° Une grande déformation de l'épaule où l'on reconnaît facilement la saillie en haut et en avant de la tête humérale;

2° La recherche par la palpation de la cavité glénoïdée vide est « souvent possible, quoique difficile quand on la recherche par le palper dans le creux de l'axile »;

3° L'axe du bras semble déplacé en masse;

4° L'impotence fonctionnelle est à peu près complète; les mouvements actifs sont impossibles, mais quelquefois, comme dans l'observation de Le Dentu, ils sont possibles bien que très limités. Les mouvements passifs aussi sont limités;

5° *Mais la radiographie sera l'élément essentiel du diagnostic.*

En résumé, aucun signe vraiment pathognomonique permettant de faire un diagnostic de certitude. Cliniquement seulement, on trouve des éléments anormaux qui ne cadrent pas avec les affections plus couramment observées. Ces anomalies peuvent éveiller

le soupçon du clinicien pour un diagnostic de probabilité.

Plus tardivement, le gonflement des premiers jours peut expliquer la confusion avec les affections communes de la région (luxation sous-acromiale, fracture du col de l'omoplate). Mais, la radiographie, complètement absolu de tout examen clinique d'un traumatisé de l'épaule, lèvera le doute et affirmera le diagnostic en montrant des lésions essentielles. Cet examen est capital pour affirmer la variété de la luxation.

Pronostic et complications. — Nous avons déjà vu que, à l'exception de certains cas où elle est très ancienne, elle a été réduite sans grande difficulté. Dans la littérature, cependant, on trouve deux cas où tous les efforts de réduction ont été inutiles : celui de Malgaigne où il a vu son malade deux mois et demi après l'accident, et celui de Busch, qui a été également vu cinq mois après le traumatisme.

En règle générale, après un bon appareillage de contention, et au besoin une extension pour lutter contre la contracture, la guérison est habituelle.

Comme complication, ou plutôt comme lésion concomittente, la fracture de la coracoïde est possible; les ruptures musculaires (sus-épineux, sous-scapulaire) ou de leurs tendons, ainsi qu'une déchirure plus ou moins grande du ligament acromio-coracoïdien ont été signalés aux autopsies, mais n'ont pas été diagnostiqués chez le vivant. Des déchirures du deltoïde ou des lésions du nerf circonflexe n'ont jamais été signalées.

Cependant, nous l'avons vu, comme dans tout traumatisme de l'épaule, il faut réserver le pronostic du fait de la périarthrite traumatique qui limite secondairement le mouvement, surtout quand il s'agit de sujets âgés.

TRAITEMENT

Pour avoir un résultat satisfaisant il faut, en plus d'une réduction parfaite, qu'elle soit faite rapidement. C'est d'ailleurs une règle générale de tout traumatisme de l'épaule, la réduction doit être faite d'urgence. La notion de précocité de la réduction en diminuant les infiltration périarticulaires diminue ou fait disparaître les suites douloureuses et la limitation secondaire des mouvements.

Ceci est une première notion. Ensuite on doit veiller aux modalités de cette réduction : proscrire toute manœuvre brutale, éviter la contracture réflexe. Pour cela un seul moyen, l'anesthésie locale ou générale; la locale par une infiltration méthodique des tissus articulaires et périarticulaires. Mais certains auteurs répugnent à voir l'articulation remplie d'une solution; car même faite dans les meilleures conditions, il reste

toujours un risque minime attaché à l'introduction d'un corps étranger dans l'articulation. Aussi il semble que la meilleure conduite soit la réduction à l'anesthésie générale.

La réduction sous anesthésie a l'avantage d'annihiler la contracture musculaire qui gêne beaucoup les manœuvres. La reposition de la tête a été obtenue par de simples tractions verticales, ou bien en ajoutant à ces tractions une rotation en dedans.

Denuce, qui avait essayé cette méthode, n'a pu obtenir la réduction de la luxation de sa petite malade que par un mouvement combiné d'élévation et de forte rotation en dedans.

Et Denonvilliers relate que, seules, les tractions obliques combinées à de légers mouvements de bascule, ramenèrent la tête humérale à sa place.

Mais si cette réduction est relativement facile à obtenir, il n'en est pas de même pour la contention d'une luxation qui n'a que trop tendance à se reproduire. Un bandage serré, un tampon à la partie antéro-supérieure de l'épaule, pour mieux contenir la tête de l'humérus, une extension continue dans l'axe du bras (2 kilogrammes dans le cas de M. Ameline), pour lutter contre la contracture musculaire, seront les conditions essentielles de la guérison.

Une fois la contracture disparue, la douleur supprimée, une mobilisation progressive et des massages contribueront au retour fonctionnel complet du bras. Cette mobilisation peut se faire quelques jours après la réduction 5-8-15, selon la chaleur locale et la douleur qui doivent être complètement disparues.

Comme dans tous les grands traumatismes de l'épaule, où l'avenir fonctionnel du membre est en jeu, le traitement doit être contrôlé par la radiographie.

Quant au pronostic d'avenir, nous le répétons, malgré une réduction correcte, il doit toujours être réservé du fait de l'âge et de la date de la réduction, car des phénomènes de péri-arthrite traumatique peuvent s'observer secondairement.

CONCLUSIONS

1. — La luxation de l'épaule « en haut » est une variété très rare, mais son existence est indiscutable, comme le montrent les clichés rapportés dans nos observations.

2. — Au point de vue clinique, son tableau est fait des « anomalies » observées au cours de l'examen d'un traumatisé de l'épaule. Parmi celles-ci, l'ascension « en masse » du bras, avec déformation en haut et en avant du moignon de l'épaule, reste peut-être le trait principal qui la caractérise.

3. — Mais la clinique est insuffisante pour poser un diagnostic. La radiographie, complément indispensable à l'examen de tout traumatisé de l'épaule, est capitale pour affirmer l'existence de la luxation et pour contrôler le traitement. Depuis l'apparition de la radio, l'existence de ces luxations est devenue hors de doute et le traitement beaucoup plus efficace.

Vu : *le Président de la thèse,*
PIERRE DUVAL.

Vu : *le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBER (d'Insbruck). — *Wien, med. Blat.*, 1879.
- AMELINE et COLDEFY. — Les luxations de l'épaule en haut. *Mém. de l'Académie de Chirurgie* du 26 avril 1939, n° 13, page 560.
- AVRART (de La Rochelle). — Observation. *Revue médico-chir.*, 1866.
- ANGER (Benjamin). — Traité iconographique des maladies chir., 1866.
- BUSCH. — Observation. IV^e Congrès chir. allemand, 1876, in *Arch. de Clin. chir.* de Langenbeck.
- CHASSAIGNAC. — Soc. Chir., 1857, 58 pages, 472 observations.
- CHASSAIGNAC. — Observation. *Bull. Soc. Chir.*, 1858.
- COOPER (A.). — *Œuvres chirurgicales*, trad. franç., 1837.
- DENONVILLIERS. — Communication orale à

- M. Panas, 1868; in Thèse Pellier, p. 44.
- DENUCE. — Luxation de l'épaule en haut. *J. de Méd.* de Bordeaux, 1896, XXVI, 317-320.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité Pathol. Ext. 3, p. 252.
- HAMILTON. — Traité Pathol. Externe.
- HOLMES. — Observation. *Médico-Chir. Transactions*, 41.
- LAUGIER. — Observation. *Archiv. de Méd.*, juin 1834.
- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*.
- MALGAIGNE. — *Gaz. Méd.*, 1835, p. 44; *Acad. de Méd.*, 5, p. 143.
- MALGAIGNE. — Observation. *Revue Méd. Chir.*, 5, 1849.
- MALGAIGNE. — Traité des luxations.
- MOREL-LAVALLEE. — Expér. Soc. Chir., 1858.
- MOREL-LAVALLEE. — Rap. sur un Mém. de Bourguet, d'Aix. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1859.
- NELATON. — Traité de Pathol.
- OWEN. — *The Lancet*, 29 mai 1875 (Lux. partielle).
- PANAS. — *Dict. de Méd. et Chir.*, 13.
- PELLIER. — Thèse de Paris, 1878.
- SEDILLOT. — *Contrib. à la Chir.*, 1, 1868, p. 158.
- SODEN. — Observation d'une luxation de la longue portion du biceps. *Méd. Chir. Transactions of London*, 24, 1841.
- TAVERNIER et CHALIER. — Luxation de l'épaule en haut. (*Lyon Médic.*, 1908, CX 938.)
- TILLAUX. — Traité d'Anatomie topographique.
- TUFFIER. — Soc. Anat., avril 1886.
- VERNEUIL. — Observation, in Thèse Pellier.

